

COMMONWEALTH OF MASSACHUSETTS
DEPARTAMENTO DE CORRECCION
DIVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

103 DOC 650, SERVICIOS DE SALUD MENTAL

CONTENIDO

650.01	Política General(procedimiento)	4
650.02	Capacitación	5
650.03	Comunicación Respecto al Estatus/ Necesidades de Salud Mental de Presos	5
	Comunicación Intra-Facilidad (procedimiento)	5
	Comunicación Inter-Facilidad	7
	Comunicación Inter-Sistema	8
650.04	Escrutinio/ Evaluaciones de Salud Mental de No-Emergencia	8
	Facilidades con Personal de Salud Mental En-Sitio	8
	Facilidades con Personal de Salud Mental No-En-Sitio	12
	Alojamiento en Contratista, "Pre-Release"	13
	Rehúso de Evaluación/ Escrutinio de Salud Mental	13
	Planes Comprehensivos de Tratamiento de Salud Mental	13
650.05	Evaluaciones Forenses	14
	Sección 18(a) Admisiones	14
	Todas las Otras Evaluaciones Forenses (procedimiento)	16
650.06	Examinación En-Sitio por un Profesional de Salud Mental Externo (No-DOC, No-Contratista Psiquiatra, Psicólogo o Trabajador Social Licenciado)	17
650.07	Emergencia de Salud Mental (procedimiento)	19
	Visitas de Abogados a Presos en Observación de Salud Mental(cuidado médico agudo)	20
	Plan de Prevención de Suicidio (procedimiento) ..	21
	Procedimiento para Informar Atentados de Suicidio	24
	Procedimiento de Uso de Restringidores Terapéuticos en Prisiones.	25
	Uso Involuntario de Medicamentos Antisicóticos de Emergencia en Prisiones	34
650.08	Uso Involuntario de Medicamentos Psicotrópicos de No-Emergencia	35

	Planes de Tratamiento Aprobado por Corte (Ordenes <u>Rogers</u>)	36
	Planes de Tratamiento Aprobado por Corte Iniciado-por-DMH	38
650.09	Admisiones de Salud Mental a Unidades de Salud Mental	39
650.10	Referencia de Presos a Unidades de Tratamiento Residencial	41
650.11	Récords de Salud Mental	42
650.12	Colocación y Rondas en Unidad de Administracion Especial	42
650.13	Medicamento Psicotrópico	44
	Distribución del Medicamento	46
	Supervisión del Cumplimiento del Preso con Ordenes de Medicación	46
650.14	Rehúso de Tratamiento	48
650.15	Consentimiento Informado	50
650.16	Planeamiento de Liberación	50
Adjunto A	Formulario de Solicitud para Proveer Servicios de Salud Mental Externos	53
Adjunto B	Lista de Chequeo para Uso de Cuatro Puntos de Restricción	54
	Lista de Chequeo para Uso de Agentes Químicos	55
	Lista de Chequeo de Examinacion Médica para Restricción Terapéutica de Cuatro Puntos.	56
	Página de Chequeo de la Observación del Oficial de Corrección	57
	Comidas Alternativas para Presos	58
Adjunto C	Formulario de Observación de Salud Mental	60
Adjunto D	Formulario de Referencia a Unidad de Tratamiento Residencial	61
Adjunto E	Formulario de Reporte de Ocurrencias de Conducta Injuriosa-a-sí-mismo	62

MASSACHUSETTS DEPARTMENT OF CORRECTION	DIVISION: SERVICIOS DE SALUD
TITULO: SERVICIOS DE SALUD MENTAL	NUMERO: 103 DOC 650

PROPOSITO: El propósito de esta política es para establecer pautas para la identificación y tratamiento de los presos en necesidad de servicios de salud mental y para el tratamiento de presos mentalmente retardados.

REFERENCIAS: M.G.L. c. 124, §1(c), (q); M.G.L. c. 30, §36(a)
 ACA Estándares: 3-4336, 4337, 4342, 4349, 4362, 4367, 4368, 4369
 NCCHC Estándares: P-08, P-10, P-27, P-31, P-37, P-51, P-53, P-66, P-67

APLICABILIDAD: Publico **ACCESO PUBLICO:** Sí

UBICACION: Archivo Central de Políticas del DOC/ Archivo de Políticas de la Facilidad
 Archivo de Políticas de la División de Servicios de Salud/ Biblioteca de Presos

PERSONAL RESPONSABLE POR LA IMPLEMENTACION Y SUPERVISION DE LA POLITICA:

Director de Servicios de Salud; Superintendente; Directores de los Programas del Proveedor Médico Contratista y Proveedores de Salud Mental

FECHA DE PROMULGACION: Abril/20/2004 **FECHA EFECTIVA:** Mayo/21/2004

CANCELACION: Esta política cancela todas las declaraciones previas de política del Departamento, boletines, directivas, ordenes, noticias, reglas y regulaciones con respecto a servicios de salud mental para presos.

CLAUSULA DE SEPARACION: Si cualquiera parte de esta política es, por cualquier razón, en exceso de la autoridad del Comisionado, o de otra forma inoperante, la tal decisión no deberá afectar ninguna otra parte de esta política.

650.01 Política General

A no ser que esté de otra manera específicamente indicado, todos los procedimientos requeridos por esta política están sujetos a aprobación anual por el Director de Servicios de Salud.

A no ser que esté específicamente indicado, esta política es aplicable a todas las facilidades del Departamento de Corrección, incluyendo Bridgewater State Hospital.

Cada Superintendente deberá desarrollar procedimientos escritos para proveer a los presos con evaluaciones de salud mental al momento de admisión, y acceso a servicios de salud mental los cuales incluyen, pero no están limitados a, servicios provistos por psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales clínicos, y otros profesionales de salud mental para la diagnosis y tratamiento de enfermedad mental y retardación mental.

- A. Todos los profesionales de salud mental tendrán calificaciones y experiencia consistente con aquellos de sus respectivas profesiones en la comunidad general y deberán estar en cumplimiento con todos los requerimientos aplicables para licencia, certificación, o registro en el Commonwealth de Massachusetts.
- B. Verificación de credenciales al día de todo el personal de salud mental deberá ser hecha antes de empleo por el Director del Programa bajo contrato o su designado. Todos los récords de credenciales deberán ser generados y mantenidos por el proveedor médico bajo contrato como estipulado en el acuerdo de contrato y deberán estar disponibles para revisión al pedirlo el Director de Servicios de Salud. El Director de Programa bajo contrato se asegurará que todas las credenciales y licencias se mantienen al día y que copias de todas las credenciales y licencias se mantienen en-sitio. Deberes y responsabilidades asignadas a personal clínico deben estar dentro de los parámetros de sus licenciaturas.

650.02 Capacitación

Todos los miembros del personal del Departamento de Corrección(DOC), incluyendo personal contratista, que trabajan en facilidades recibirán capacitación de pre-servicio en asuntos de salud mental. Tal capacitación incluirá pero no está limitado a signos y síntomas de conducta de enfermedad mental los cuales pueden ser considerados suficientes para notificar personal clínico, e identificación de presos que pueden ser suicidas, herirse-a-sí-mismos o asaltantes.

Todos los miembros del personal DOC, incluyendo todo el personal médico bajo contrato y de salud mental que trabajan en facilidades y que tienen contacto directo con presos deberán tener capacitación anual en-servicio en asuntos de prevención de suicidio y salud mental.

650.03 Comunicación Respecto al Estatus/ Necesidades de Salud Mental de los Presos

A. Comunicación Intra-Facilidad

1. Cada Superintendente en conjunción con el proveedor médico bajo contrato, deberá establecer procedimientos escritos específicos al sitio para dirigir, guiar y animar personal correccional en buscar y obtener consulta de profesionales de salud mental cuando personal correccional tiene razón para creer que un preso puede estar mentalmente enfermo o cuando el estatus mental es un asunto en la consideración de clasificación, disciplina, programa, participación en programa, colocación o planeamiento de liberación. Tales procedimientos requerirán comunicación diaria entre profesionales de salud mental y el superintendente o su designado para revisar todos los incidentes e informes disciplinarios del día anterior por cualquier material donde se cree que el estatus de la salud mental de un preso pueda estar en cuestión. Tal comunicación incluirá discusión del estatus de salud mental del preso siempre que esté relacionado a:
 - (a) su responsabilidad por cualquier ofensa disciplinaria con la cual el preso pueda

ser acusado, o ha sido acusado con, esto es, el grado en que la enfermedad mental del preso contribuyo a la conducta que es el sujeto de tales cargos;

- (b) la competencia del preso para comprender los cargos en su contra y participar, con o sin asistencia, en el proceso disciplinario;
- (c) cuan apropiado sea la resolución del proceso disciplinario sin una audiencia disciplinaria, en conformidad con 103 CMR 430, Procedimientos Disciplinarios;
- (d) cuan apropiado sea cualquier colocación del preso en una unidad de administración especial, incluyendo la Unidad Disciplinaria Departamental (DDU).

Siguiente a esta revisión el Superintendente o su designado puede tomar cualquier acción considerada apropiada y necesaria con respecto al informe disciplinario de un preso, sanción y/o colocación en segregación. Tal procedimiento específico-del-sitio deberá ser presentado al Director de la División de Servicios de Salud para aprobación.

2. El proveedor médico bajo contrato, en conjunción con cada Superintendente, deberá establecer procedimientos específicos al sitio para personal de salud mental comunicar información a Oficiales de Corrección, Oficiales Correccionales de Programa y otro personal que tiene contacto directo con presos, esto es, capellanes, profesores de la escuela de la facilidad, etc., con respecto a presos que estén en riesgo para sí mismos u otros debido a enfermedad mental, o cuya enfermedad mental necesita ser considerada con respecto a cualquier materia disciplinaria. La información que es así comunicada deberá incluir los factores aquí expuestos en 103 DOC 650.03(A)(1).

Estos procedimientos, como mínimo, requerirán que una Lista de Riesgo de Salud Mental sea desarrollada y emitida por lo menos semanalmente al Superintendente o su designado para

distribución a los Diputados del Superintendente, Capitanes de los Equipos, Directores de Tratamiento, Directores de Clasificación y otros como identificado por el Superintendente. Esta lista deberá contener los nombres, número de identificación y asignación de alojamiento de aquellos presos que estén en riesgo para sí mismos u otros debido a enfermedad mental pero que no requieren colocación en observación de salud mental. La Lista de Riesgo de salud Mental también deberá indicar que acción debería ser tomada si un miembro del personal cree que intervención por un clínico es requerida. En sitios utilizando el Sistema de Administración de Presos (IMS), documentación de la información deberá ser a través de la Pantalla Ordenes Médicas, Pantalla Restricciones/ Necesidades especiales, y/o Pantalla Historia de Salud Mental/ Abuso de Sustancia como sea apropiado.

B. Comunicación Inter-Facilidad

1. Conjuntamente con los récords médicos, un "Informe de Estatus de Salud" deberá acompañar a cada preso que es transferido de una a otra facilidad del Departamento de Corrección. Este informe deberá contener información con respecto a la historia de la salud mental del preso incluyendo hospitalizaciones psiquiátricas, medicamentos psicotrópicos (y cualesquiera órdenes existentes del Tribunal Testamentario con respecto a tales medicamentos) y atentados de suicidio. Al momento de traslado de un preso de una facilidad IMS a una no IMS la información apropiada debe ser impresa y archivada, en conformidad a procedimientos establecidos.
2. Si el Director de Salud Mental de la facilidad que envía cree que el preso puede sufrir una emergencia psiquiátrica o actuar durante transportación o al momento de llegar a la facilidad que lo recibe, él/ella deberá comunicar esta creencia al Diputado Superintendente de la facilidad que envía y al Director de Salud Mental de la facilidad que

recibe. El Diputado Superintendente de la facilidad que envía iniciará el contacto con el Diputado Superintendente de la facilidad que recibe.

C. Comunicación Inter-Sistema

Un Informe del Estatus de Salud, en conformidad a 103 DOC 607, deberá acompañar a cada preso que es soltado de la custodia del Departamento de Corrección a otra agencia correccional o de cumplimiento de la ley o al Departamento de Salud Mental o al Departamento de Retardación Mental.

650.04 Escrutinio/ Evaluaciones de Salud Mental No-Emergencia

Evaluaciones de salud mental de no-emergencia deberán estar disponibles en cada facilidad para presos como sigue(ver 650.07 par Emergencias):

A. Facilidades con Personal Clínico Contratista En-Sitio de Salud Mental:

1. Inmediatamente al confinamiento/ traslado a una facilidad, todos los presos recibirán un escrutinio de salud mental como parte del escrutinio médico inicial. Al momento de este escrutinio médico inicial, si hay alguna indicación de que un preso pueda estar sufriendo de una enfermedad mental seria, discapacitación de desarrollo, aguda sintomatología, él/ella deberá ser inmediatamente referido/a para más cuidado/ evaluación. En sitios IMS, toda información aplicable deberá también ser entrada en las pantallas Historia de Salud Mental/Abuso de Sustancia, Ordenes Médicas, Restricciones /Necesidades Especiales.
2. Todos los presos deberán recibir una completa evaluación de salud mental por un proveedor de salud mental calificado dentro de los catorce (14) días del confinamiento al DOC. En sitios IMS las pantallas Salud Mental/ Historia de Abuso de Sustancia, Ordenes Médicas, Restricciones/ Necesidades Especiales deberán ser puestas al día como sea necesario. Aquellos

que requieren cuidado agudo más allá de lo que está disponible en la facilidad o cuya adaptación al medio ambiente correccional está sustancialmente impedido deberán ser evaluados para traslado a una facilidad apropiada tan pronto como sea clínicamente indicado, o considerado para apropiada acción de la corte en conformidad con M.G.L. c. 123, § 18(a). En ambos casos, el Superintendente o su designado será notificado. La evaluación de salud mental deberá incluir, como mínimo:

- (a) una entrevista estructurada por un clínico de salud mental incluyendo escrutinios con respecto a lo siguiente:
 1. historia de hospitalización psiquiátrica y tratamiento de paciente externo, antes de la encarcelación o durante pasadas encarcelaciones;
 2. historia actual y anterior de medicamento psicotrópico;
 3. historia de psicoterapia y clases psicoeducacionales o grupos de apoyo;
 4. ideación suicida e historia de conducta suicida, incluyendo una evaluación de circunstancias, particular al preso, que aumentan su potencial de suicidio;
 5. evaluación de abuso de droga y alcohol y/o adicción, e historia de cualquier tratamiento recibido;
 6. revisión de victimización de abuso sexual y conducta predatoria;
 7. historia de conducta expresivamente violenta, incluyendo una evaluación actual de circunstancias, particulares al/a la preso/a, que aumenta su potencial por violencia;
 8. historia de victimización debida a violencia criminal;
 9. colocación en educación especial;
 10. historia de injuria craneal o ataques de inconsciencia;
 11. respuesta emocional a encarcelación;
 12. historia de enfermedad mental en la familia;

13. historia de conducta abusiva para consigo mismo;
14. examinacion del estatus mental.

Si se determina durante el proceso de evaluación que un preso tiene una historia significativa de salud mental, el personal de salud mental diligentemente tratará de asegurar la información necesaria de fuentes externas que puedan ayudar en la planificación del tratamiento. Estos esfuerzos deberían ser documentados en el récord médico.

- (b) Con el propósito de obtener información acerca de las evaluaciones de salud mental, lo presos serán preguntados de firmar autorizaciones para soltar récords médicos de hospitalizaciones previas y programas de tratamiento como paciente externo. Sin embargo, los profesionales de salud mental pueden buscar información relevante de fuentes externas con o sin el consentimiento del preso, cuando se considere esencial para el bienestar del preso o la seguridad de la facilidad del DOC. El Director de Salud Mental de la facilidad debería ser consultado en estos casos.

Después que la información es obtenida, la información y/o resumen será entrado por el profesional de salud mental en el record médico documentando el propósito del pedido externo, cuando tal pedido fue hecho, la fuente del pedido, la fuente de la información y qué información clínica significativa fue revelada. En sitios utilizando IMS, documentación de información de salud mental deberá ser a través de la Pantalla Historia de Salud Mental/Abuso de Sustancia.

- (c) Tomará lugar escrutinio para retardación mental. Se conducirá test de inteligencia,

por el proveedor médico bajo contrato, cuando sea clínicamente indicado.

Cuando se sospecha o se sabe que un preso es mentalmente retardado, él/ella deberá ser referido/a para evaluación dentro de los catorce (14) días. La evaluación debe ser conducida por un psicólogo licenciado (incluyendo) test como sea indicado. Si se determina que un preso es mentalmente retardado, un plan de tratamiento individual deberá ser desarrollado por el Director de Salud Mental de la Facilidad en conjunción con el Superintendente o su designado. El Departamento de Retardación Mental (**Department of Mental Retardation, DMR**) debería ser informado para que se pueda determinar elegibilidad para servicios de DMR al tiempo de ser descargado desde el DOC.

3. Al momento de traslado de un preso a cualquier otra facilidad, el personal de salud mental en la institución que recibe revisará el récord. Si no hay un formulario completo de evaluación de salud mental en el récord al momento del traslado, una evaluación de salud mental debe ser conducida en conformidad con 650.04(A)(2). Al traslado a un sitio IMS, la pantalla IMS necesita ser consecuentemente revisada y puesta al día.
4. Durante su encarcelamiento, los presos pueden ser referidos al proveedor de servicios de salud mental bajo contrato por cualquiera persona. Referencias de no-emergencia pueden ser hechas al Administrador de Servicios de Salud o Clínico de Salud Mental. Una vez referido, debe haber una evaluación (triage) de la petición dentro de la veinticuatro (24) horas documentada en el récord médico individual del preso. Si hay razón para creer que el preso está en riesgo de daño a sí mismo u otros, el preso debería ser colocado bajo observación constante y él/ella deber ser evaluado/a por personal de salud mental en-sitio o, si no hay personal en-sitio, por un clínico

de salud mental en-llamada. El Comandante del Turno debe ser informado del resultado de esta evaluación. Si el preso no es considerado de estar en riesgo, él/ella deberá tener una evaluación de salud mental conducida dentro de los catorce (14) días calendarios. La evaluación deberá considerar, como mínimo, lo siguiente:

- (a) revisión del escrutinio inicial de salud mental, evaluación y valoración de los datos;
- (b) observación directa de la conducta;
- (c) compilación y revisión de datos adicionales de entrevistas de diagnosis individual y test evaluativos de personalidad, intelecto y habilidades para afrontar (situaciones).
- (d) compilación de la historia de salud mental del individuo;
- (e) desarrollo de un plan completo de tratamiento/ administrativo, incluyendo diagnosis DSM-IV, con referencia apropiada.

B. Facilidades con No-En-Sitio de Personal Contratista de Salud Mental:

1. A no ser que exista una emergencia, cuando el Superintendente/ Administrador de la Facilidad u otro miembro autorizado del personal de la facilidad determina que se necesita una evaluación de salud mental por un preso particular, el Superintendente o su designado deberá hacer una referencia al Director de Salud Mental asignado a aquella facilidad. El proveedor de salud mental bajo contrato determinará si una evaluación inmediata es necesaria.
2. El Director Contractual de Salud Mental seguirá (el asunto) con el empleado del personal que lo refirió y concertará por una evaluación para el preso referido con un profesional de salud mental apropiado.
3. Documentación escrita de esta referencia y evaluación deberá ser mantenida en el record médico individual del preso.

C. Alojamiento en Contratista "Pre-Release":

Cuando algún miembro del personal, en una facilidad de Nivel 1 o 2, cree que un preso puede estar exhibiendo signos o síntomas de enfermedad mental o suicidio, él/ella debería contactar inmediatamente el Director Contractual de Salud Mental. En muchos casos esto requerirá traslado del preso a una facilidad de custodia más alta. En emergencias pueden ser utilizados, servicios de salud mental de emergencia basados en la comunidad local.

D. Rehúso de Evaluación/ Escrutinio de Salud Mental

El proveedor médico bajo contrato desarrollará pautas, sujetas a la aprobación del Director de Servicios de Salud, para el manejo de rehúso de presos de evaluaciones/ escrutinios de salud mental.

Si un preso inicialmente rehúsa una evaluación de salud mental, repetidos atentados para obtener la información de evaluación deben ser iniciados por el personal clínico. Si, después de dos atentados para completar la evaluación de salud mental, el preso continua rehusando la evaluación, debería iniciarse consultación con el Director de Salud Mental de la facilidad por el profesional de salud mental para discutir que pasos deberían seguir. Documentación de la consultación debería ser anotada en la sección 9 del récord médico.

Todos los presos yendo a través de detoxificación que rehúsen una evaluación de salud mental deben ser ofrecidos la evaluación al momento de completar la detoxificación para asegurar que el rehúso no se relacionó al proceso de detoxificación. Si el preso rehúsa de nuevo la evaluación de salud mental, el profesional de salud mental seguirá el procedimiento delineado en el párrafo previo.

E. Planes Comprensivos de Tratamiento de Salud Mental

Todos los presos en recepción de servicios continuados de salud mental tendrán un plan documentado de tratamiento el cual será revisado y

puesto al día cuando las metas de tratamiento son obtenidas o cambiadas. Planes Comprensivos de Tratamiento serán puestos al día por el Clínico de Cuidado Primario cada tres meses por el primer año y después subsecuentemente cada seis meses.

Como mínimo, todos los planes de tratamiento deberán incluir metas y objetivos de tratamiento (con frecuencia recomendada de contacto y modalidades a ser utilizadas) y recomendaciones concernientes a alojamiento, asignaciones de trabajos y participación en programa.

Mientras la frecuencia de contacto será dictada por las necesidades individuales del paciente, todos los casos abiertos serán vistos por Clínico de Cuidado Primario un mínimo de una vez por mes y, si el preso está en medicación psicotrópica (será) visto por un psiquiatra un mínimo de cada noventa (90) días para revisión de medicamento.

Antes de la terminación de caso abierto de salud mental por el Clínico de Cuidado Primario, una nota de progreso debe ser escrita en el récord médico que documente consultación clínica con el Director de Salud Mental de la facilidad y un plan de terminación.

El proveedor médico bajo contrato proveerá una lista mensual de todos los casos cerrados al Director de Servicios de Salud.

650.05 Evaluaciones Forenses

A. Seccion 18(a) Admisiones

1. En conformidad a M.G.L. c. 123, §18(a), presos varones normalmente serán confinados, por orden de la corte al **Bridgewater State Hospital (BSH)**, para evaluación de paciente interno y si es necesario, tratamiento subsiguiente, por orden de la corte, y sólo con la recomendación de un psiquiatra o psicólogo licenciado y calificado. Para facilitar continuidad de cuidado el Director de Salud Mental de la institución que envía deberá contactar al Director Médico del

Bridgewater State Hospital, o su designado, para proveer un informe verbal con respecto a todos los asuntos clínicos pertinentes. Además el Diputado Superintendente, o su designado, en la institución que envía deberá contactar al Diputado Superintendente en BSH para proveer un reporte verbal de información que tiene implicaciones para la administración del paciente, seguridad y tratamiento. Bajo el mismo estatuto, las presas mujeres pueden ser confinadas a una facilidad de paciente-interno del Departamento de Salud Mental(DMH).

2. Altas del Bridgewater State Hospital

Por lo menos 48 horas antes de dar el alta a un paciente desde BSH, el Director Médico de BSH bajo contrato o su designado deberá contactar un profesional de salud mental en el sitio que recibe (esto es, facilidad del DOC, casa de corrección del condado, cárcel o Corte) y dar un reporte verbal de cualquiera información que tiene implicaciones para la administración del paciente, seguridad (safety) y tratamiento en el sitio que recibe. Igualmente, en caso de pacientes (que están) siendo descargados a una prisión, cárcel o casa de corrección, el Diputado Superintendente o su designado deberá también contactar al Diputado Superintendente o Administrador del sitio que recibe y dar un reporte verbal de información que tiene implicaciones para la administración del paciente.

Todos los pacientes que son dados de alta de BSH deberán ser dados de alta con por lo menos dos copias de la evaluación 18(a) mas reciente o nota de alta y un Formulario del Sumario de Alta. Estas copias serán transportadas con el paciente y, al momento de llegada a la institución que recibe, ser distribuidas al Superintendente y personal de Servicios de Salud.

3. Contenidos de las Evaluaciones y Otros Reportes

La información contenida en la evaluación 18(a) o nota de dada de alta y Sumario de Alta deberá incluir pero no está limitado a:

- (a) Información de Identidad;
- (b) Información de Referencia;
- (c) Historia Relevante;
- (d) Curso de Hospitalización;
- (e) Medicación Actual;
- (f) Entendimiento del Paciente de la Razón por Admisión;
- (g) Estatus Mental;
- (h) Impresiones Clínicas Respecto a la Necesidad por Cuidado y Tratamiento.

El Superintendente de BSH, en conjunción con el proveedor de salud mental bajo contrato, desarrollará un procedimiento protocolo de dada de alta. Este protocolo describirá el sistema de transferir datos clínicos y medicación actual para asegurar cuidado ininterrumpido.

4. Dada de Alta de Facilidades del Departamento de Salud Mental

Profesionales de salud mental en facilidades del DOC que reciben presos dados de alta de facilidades DMH deberán requerir de DMH toda la información que es necesaria para asegurar continuidad de cuidado, incluyendo la información aquí expuesta en 103 DOC 650.05(A)(3)(a)-(h). Las mismas pautas y requerimientos de dada de alta como descritos arriba son aplicables a pacientes, admitidos de facilidades DOC, que son subsecuentemente dados de alta de una facilidad licenciada por DMH.

B. Todas las Otras Evaluaciones Forenses

El Superintendente de BSH, en conjunción con el proveedor médico bajo contrato, deberá establecer procedimiento escritos que detallen los parámetros de confidencialidad de todos los otros tipos de evaluaciones forenses. El procedimiento deberá

incluir protección en contra de dispersión no autorizada de información a terceras partes. Estos procedimientos están sujetos a la aprobación del Director de Servicios de Salud. (Ver política 103 DOC 607, Archivos Médicos.)

650.06 Examinación En-Sitio por un Profesional de Salud Mental Externo (No-DOC, No-Contratista Psiquiatra, Psicólogo o Trabajador Social Licenciado)

El/los siguiente(s) procedimiento(s) deberán ser seguidos por todas las facilidades cuando quiera que una solicitud es recibida concerniente a un profesional de salud No-DOC, no-contratista de salud mental (para) examinar /evaluar un preso en la custodia del Departamento de Corrección.

Antes de ser admitido, el profesional de salud mental externo que realizará la examinación debe completar el Adjunto A. Copias del Adjunto A pueden ser guardadas en el área del control externo.

En todos los casos, el preso debe firmar una autorización para entregar información médica / salud mental para que el profesional externo de salud mental revise su archivo médico/ salud mental (ver 103 DOC 607, Adjunto B).

1. El profesional de salud mental externo puede entrar a la facilidad a través del proceso normal de visita de la facilidad, con cualquier documento relacionado a la evaluación, si él/ ella indica en el Adjunto A, la naturaleza de los servicios como uno o más de los siguientes:

- a. Ordenado-por-Corte
- b. Responsabilidad Criminal (G.L. c. 123, §15(b))
- c. Evaluación de Competencia (G. L. c. 123, § 15(b))
- d. Confinamiento a BSH (G.L. c. 123)
- e. Peligrosidad Sexual (G.L. c. 123A)
- f. Audiencia de Traslado (G.L. c. 123A)
- g. Competencia de testigo para testificar (G.L. c. 123, §19)
- h. Asuntos de Custodia /Tribunal Testamentario
- i. Defensa Criminal

- j. Audiencia de Fianza (asuntos de peligrosidad) (G.L. c.276, §58A)
- k. Conmutación de Sentencia (120 CMR 901 y siguientes)
- l. (Libertad bajo) Palabra
- m. DSS o DYS
- n. Incapacidad Seguro Social
- o. Examinación no-ordenada-por-corte en conjunción con demanda civil

Notificación avanzada y aprobación en los casos de arriba no son requeridas. Sin embargo el profesional de salud mental externo debe tener una licencia válida para proveer servicios consistentes con la disciplina en la cual el profesional está capacitado para practicar. La licencia, en conjunto con la requerida identificación de visita, debe ser presentada con la papeleta de visita.

Acomodaciones especiales (Ej. Sala de abogado, equipo para grabar, proyector de diapositivas) deberían ser solicitadas, y pueden ser aprobadas por el Superintendente o su designado, con anterioridad a la visita.

- 2. Si el profesional externo de salud mental indica, en el Adjunto A, que la naturaleza de los servicios es por alguna otra razón que aquellas citadas en 650.06(1)(a) hasta (o) incluido, el siguiente procedimiento deberá seguirse:
 - a. Una solicitud debe hacerse por escrito al Superintendente. La solicitud debe incluir Adjunto A, la razón específica para la examinación y naturaleza, cualesquiera acomodaciones especiales, y una copia de la licencia válida para proveer servicios.
 - b. Sobre la aprobación del Superintendente, el evaluador puede entrar a la facilidad a través del proceso normal de visita de la facilidad o a través de cualesquiera acomodaciones especiales aprobadas por el Superintendente.

3. Todos los profesionales externos de salud mental deberán estar sujetos a estos requerimientos adicionales:
 - a. El profesional de salud mental externo será informado que él/ ella no puede realizar una examinación intrusiva, tampoco puede él/ ella escribir algunas órdenes o notas en ninguna parte del récord médico/ salud mental. El profesional de salud mental externo puede escribir sus recomendaciones en un formulario de consultación, él cual puede ser incluido en el récord médico/ salud mental.
 - b. El profesional externo de salud mental será informado que ni el Departamento o el proveedor médico bajo contrato están obligados a cumplir con ninguna recomendación de la consulta que él/ ella hizo. Los reportes de consultas serán revisados por el Director en-sitio de Salud Mental y pueden ser incluidos en el récord médico/ salud mental del preso.
4. Si la solicitud es debida a alegato de falta de servicios dentro de una facilidad o colocación en DDU, el Director de Servicios de Salud debe ser notificado de la solicitud para que así él/ ella pueda considerar revisión apropiada, comentario o posible comienzo de revisión por iguales.

650.07 Emergencia de Salud Mental

Cualquier miembro del personal puede colocar a un preso "en riesgo" para asegurar supervisión constante, pendiente evaluación por personal de salud mental.

El Superintendente deberá desarrollar procedimientos escritos para proveer cuidado de salud mental para presos que son considerados de estar en peligro de dañarse a sí mismo u otros, o en necesidad de intervención clínica / apoyo.

Cada Superintendente deberá también adoptar los procedimientos establecidos aquí en esta sección y desarrollar procedimientos escritos/ planes como se estipula más abajo.

A. Visitas de Abogados a Presos en Observación de Salud Mental (cuidado médico agudo):

Ordinariamente los presos en Observación de Salud Mental no están permitidos ninguna visita, incluyendo visitas de abogado. Sin embargo, en casos donde una visita inmediata es solicitada por un abogado y justificada por escrito, una visita de abogado puede ser permitida en esos casos donde, después de una evaluación clínica, el Director de Salud Mental en la institución correccional determina que es médicamente permitido. Todas tales solicitudes escritas deberían ser hechas al Superintendente de la institución.

Dentro de las 24-36 horas de la solicitud escrita de un abogado para una visita abogado/cliente con un preso en observación de Salud Mental, el Director de Salud Mental de la institución y psiquiatra asignado al sitio conducirán una evaluación clínica mental y determinarán si la visita es médicamente permisible. Si una visita es médicamente permisible, el Director de Salud Mental identificará aun más las condiciones apropiadas de la visita, consistente con el estatus de salud mental del preso, incluyendo pero no limitado a si la visita debiese ser visita de contacto o no-contacto; la ropa apropiada para el paciente; y la propiedad permisible apropiada, si alguna (Ej., lápiz/ lapicera). Estas condiciones deberán ser anotadas en el Formulario de Observación de Salud Mental del paciente (Adjunto C). En cambio en sitios IMS, las condiciones deberán ser entradas en la pantalla de Observación de Salud Mental.

El Superintendente de la institución determinará si permitir la visita de un abogado para un preso en Observación de Salud Mental basado en la recomendación del Director de Salud Mental y también en la habilidad de la institución en satisfacer las restricciones impuestas a la visita por el Director de Salud Mental. El Superintendente será responsable de notificar al abogado de la decisión acerca de la solicitud para visitar del abogado.

En sitios IMS, todas las visita aprobadas serán programadas en la pantalla Horario del Preso. Todas

las visitas serán supervisadas por un empleado del personal correccional. Al término de la tal visita, un clínico seguirá con el paciente para asegurar que su estado mental no ha cambiado.

B. Plan de Prevención de Suicidio:

Cada Superintendente, en conjunción con el proveedor de salud bajo contrato, deberá desarrollar planes escritos para prevención de suicidio, los cuales han de ser aprobados por el Director de Servicios de Salud.

El plan deberá incluir pero no está limitado a lo siguiente:

1. Identificación: El formulario de escrutinio en admisión deberá contener asuntos de observación y entrevista relacionado al riesgo potencial de suicidio del preso. Si un preso es identificado como potencialmente suicida el preso debería ser colocado en estatus de observación constante y ser referido inmediatamente a personal de salud mental.
2. Capacitación: Todos los miembros del personal que trabajan directamente con presos deberán recibir, en base anual, capacitación comprehensiva en prevención de suicidio.
3. Evaluación: Evaluaciones de presos deberán ser conducidas por un profesional calificado de salud mental, quién deberá designar el nivel de riesgo de suicidio de cada preso y advertir al personal correccional apropiado.
4. Supervisión: Presos suicidas serán supervisados por medio de una observación de salud mental. La frecuencia de los intervalos de la observación deberá ser establecida por el clínico de salud mental. Hay tres niveles de observación que pueden ser utilizados: constante u ojo a ojo, chequeos de 15-minutos, o chequeos de 30 minutos. Todos los chequeos deberían ser documentados según 103 DOC 650, Adjunto B-4. Este formulario (Adjunto B-4) debería estar

disponible al personal de salud mental, al ser solicitado, para su revisión y ayuda en la evaluación del preso. Circuito cerrado de TV puede ser utilizado como suplemento, pero no como sustituto, del proceso de supervisión.

5. Colocación: El plan deberá designar en la Unidad de Servicios de Salud celdas específicas que han sido apropiadamente hechas resistentes a suicidio. Planes con la ubicación de celdas alternativas de observación deben ser aprobados por el Superintendente y el Director de Salud Mental de la facilidad, y después ser presentados al Director de Servicios de Salud para su aprobación. El plan también deberá proveer que cuando un preso es puesto en observación, a él/ ella puede entregársele un camisón de seguridad para promover su seguridad personal mientras se disminuye cualquier potencial de humillación y degradación.
6. Referimiento: Múltiples métodos para referir deberían existir en todos los sitios, incluyendo escritos, verbal, teléfono, y beeper de crisis para todo el personal que tiene contacto con presos.
7. Comunicación: Deberá haber comunicación entre los proveedores de cuidado médico y de salud mental como también con personal de corrección con respecto al estatus del preso, incluyendo signos de aviso, síntomas, de salud mental y conductas que preocupan. En particular, cualquier conducta de injuria a sí mismo debería ser documentada en el Formulario de Reporte de Ocurrencias de Conducta Injuriosa a Sí-Mismo (Adjunto E)). Esta comunicación debería incluir oportunidad para revisar de todos los aspectos del funcionamiento actual de un preso, incluyendo pero no limitado a clasificación, disciplina, participación en programa, colocación o planeamiento de ser soltado. En tales casos, los factores aquí expuestos en 103 DOC 650.03(A)(1) deberán ser revisados. Siguiendo a esta revisión, acción apropiada puede tomarse en conformidad a regulaciones del

Departamento y políticas con respecto a informes disciplinarios, sanción y/o colocación en una unidad de administración especial.

8. Intervención: El plan deberá incluir información con respecto a como manejar un suicidio en progreso, incluyendo como cortar y descolgar una víctima y otras medidas de respuesta de primeros auxilios y emergencias.
9. Notificación: El plan deberá incluir información con respecto a notificación de los administradores de la prisión y de la estación de turno del departamento. El plan también asegurará aviso en el campo de Pregunta 5 del sistema de información CJIS de todo suicidio potencial, atentado, o completado (ver 103 DOC 650.07(B)(4)). En el caso de un atentado de suicidio que amenaza la vida o un suicidio completado, deberían implementarse los procedimientos que están en sitio para notificar al contacto de emergencia del preso o familiares (103 DOC 622).
10. Reportaje
 - (a) La identificación y supervisión de personas con potencial para dañarse a sí mismo u otros deberá ser detallada y documentada; diarios de observación de salud mental deberán ser solamente archivados en el record médico del preso una vez que la observación ha sido completada.
 - (b) Todos los atentados o suicidios completados deben ser reportados a través del Sistema CJIS. (Ver 650.07(B)(4), con respecto a reportaje mandatorio en el Sistema de Información de Justicia Criminal (**Criminal Justice Information System, CJIS**)).
11. Revisión: Una revisión de seguro de calidad en mortalidad de suicidio deberá ocurrir en ambos casos, en un atentado serio y en suicidio completado. (ver 103 DOC 622, Procedimientos en Muerte). El plan debe especificar la oportunidad

para ofrecer encuesta en incidente crítico a todo el personal afectado y presos.

12. En todos los sitios, la documentación deberá ser a través de la pantalla Q5 Pregunta Información. En sitios IMS, la documentación también deberá ser a través de la Observación de Salud Mental, Ordenes Médicas, Restricción/ Especial, y/o Pantallas de Salud Mental/ Abuso de Sustancia.

C. Procedimiento para Informar Atentados de Suicidio:

1. Superintendentes de todas las facilidades deberán presentar copias de todos informes de incidente relacionados a cualquier atentado de suicidio al Director de Servicios de salud como requerido. El Director de Servicios de Salud o su designado evaluará y determinará la necesidad para convocar un panel de revisión de caso. Reportes de incidentes en sitios IMS pueden también ser accesados por personal de Servicios de Salud directamente a través de la base de datos.
2. El Director de Salud Mental en-sitio deberá presentar al Director de Servicios de Salud una copia de la evaluación clínica (Formulario de Reporte de Ocurrencias de Conducta Injuriosa-a-sí-Mismo (Adjunto E)) que ha sido completado después de cualquier atentado de suicidio por un preso. Esta evaluación deberá incluir documentación de consideración de una admisión en conformidad a M.G.L. c. 123, §18(a), como establecido aquí en 103 DOC 650.05(A).
3. Todos los atentados de suicidio y suicidios deben ser informados al Oficial Institucional de Turno.
- 4(a) Toda facilidad del DOC y divisiones deberán usar el archivo de suicidio (Q-5) mantenido en la red CJIS. Este archivo sirve como base de datos para atentados de suicidio y amenazas de cometer suicidio, y está disponible a toda la comunidad de justicia criminal. La ley de Massachusetts (M.G.L. c. 30, §36A) requiere que todas las

personas alojadas bajo llave ("lock-up") sean chequeadas por atentados anteriores de suicidio, y que todos los atentados de suicidio mientras en custodia sean documentados en la base central de datos (archivo CJIS). (Ver 103 DOC 401, Admisiones y Toma de Datos.)

- (b) Cualquier atentado de suicidio anterior reportado o amenazas de suicidio hecho a personal de Servicios de Salud bajo contrato durante el escrutinio de admisión debe ser informado por escrito a personal de seguridad para asegurar la entrada apropiada de esta información en la base de datos CJIS.
- (c) El acuerdo official de uso de LEAPS (CJIS) firmado por cada Superintendente reconoce entendimiento de la política y procedimientos de la red CJIS. Además, al firmar el documento, cada Superintendente acuerda de regirse por la política y procedimientos. Por lo tanto, cada Superintendente, jefe de división, o director de unidad especial es responsable de asegurar total cumplimiento por sus empleados.
- (d) Cada Superintendente es responsable de advertir a su(s) representante(s) LEAPS de instruir al personal en los procedimientos de apropiada entrada y preguntas. Toda entrada de datos debería ser respaldada con un informe escrito de incidente y debería ser presentado al personal responsable, incluyendo el Administrador de Servicios de Salud bajo contrato en cada facilidad y al Diputado Superintendente.
- (e) Preguntas con respecto al archivo de suicidio (Q-5) deberían ser dirigidas al director del departamento de fuentes de información.
- (f) En todas las facilidades, entradas hechas en el sistema CJIS deberán ser documentadas en la pantalla IMS Q5 Pregunta Información.

D. Procedimiento de Uso de Restringidores Terapéuticos en Prisiones:

Cuando un preso presenta un peligro inminente hacia sí mismo u otros por razón de su enfermedad mental, el uso de restringidores debe ser considerado. Sin embargo, personal médico deberá utilizar restringidores terapéuticos solamente como última medida para pacientes que son determinados de estar en peligro agudo para sí mismos u otros.

Restringidores terapéuticos deben ser ordenados por un psiquiatra o aprobados por el psiquiatra en-llamada. Cuando utilizado por un propósito médico, tales restringidores pueden ser ordenados por cualquier doctor o doctor en-llamada familiar con el caso. Bajo ninguna circunstancia deberán restringidores terapéuticos ser usados como una medida disciplinaria o como una conveniencia para personal médico de la facilidad. Ellos (restringidores) han de ser utilizados como una medida temporal para el control de conducta y no deberían ser usados excepto como parte de un comprensivo plan de tratamiento. Cuando quiera que estos restringidores son utilizados una revisión después-de-incidente debería ocurrir tan pronto como sea posible.

Además, restringidores terapéuticos pueden ser utilizados, por orden de un psiquiatra, para restringir el movimiento de un preso para permitir la administración involuntaria y segura de medicación. Tales restringidores deberían ser utilizados si otras medidas con consideradas inefectivas o inapropiadas.

Para el propósito de esta sección, restringidores terapéuticos se refiere a asegurar el preso en una posición supina o el rostro hacia arriba en una cama segura para el propósito de restringir movimiento o conducta que pueda ser dañina a sí mismo u otros. Ordinariamente esto incluirá el uso de restringidores suaves, a no ser que el preso tenga una historia documentada de fuga de restringidores o habilidad para ser descontrolado en restringidores suaves, en el cual caso restringidores de metal serán usados.

Cascos, que son usados para prevenir mordisco e injuria de sí mismo por darse cabezazos, y cuñas

blandas que pueden ser usadas por unos pocos minutos durante la inyección o medicación forzada, están excluidos de la definición de restringidores terapéuticos.

Los siguientes procedimientos deberán ser seguidos en el uso de restringidores terapéuticos.

1. Restringidores terapéuticos deberán ser usados solamente en celdas específicamente designadas dentro de las Unidades de Servicios de Salud y deberán ser ordenados solamente por el psiquiatra o médico bajo contrato, o aprobados por él por el psiquiatra o médico en-llamada. Cualquier otro plan de localidad alternativa debe ser presentado a la División de Servicios de Salud para aprobación por el Director de Servicios de Salud y debe incluir las circunstancias en que la localidad alternativa puede ser utilizada.

Otro personal médico calificado puede iniciar la orden para restringidores al recibir órdenes verbales del médico bajo contrato en-llamada o el psiquiatra bajo contrato. Cuando quiera que se obtenga autorización verbal, el médico que autoriza deberá documentar la orden por escrito en el récord médico dentro de las veinticuatro (24) horas o en el siguiente día de trabajo. Todas las órdenes para restringidores deberán ser firmadas por el médico que autoriza y entrados en el récord médico.

2. Cuando quiera que sea posible, antes de obtener una orden para restringidores terapéuticos, el Director de Salud Mental de la facilidad, o su designado, debe ser contactado. El Director de Salud Mental o su designado consultará con el psiquiatra en-sitio o en-llamada. El psiquiatra hará una decisión con respecto al uso de restringidores terapéuticos. El psiquiatra transmitirá la orden de restringidores al profesional apropiado de salud mental en-sitio o profesional médico y apropiado personal médico.

3. Cuando quiera que sea posible, antes de colocar a un preso en restringidores terapéuticos, debería obtenerse aprobación de antemano del Director Médico de la facilidad o del médico en-llamada para la facilidad. Para el propósito de este procedimiento, aprobación deberá significar que no hay contraindicación para colocar al preso en restringidores terapéuticos. Si no se puede obtener aprobación de antemano, entonces tal aprobación debe ser buscada inmediatamente después de colocar el preso en restringidores. Cualquier contraindicación médica deberá ser documentada en la "Lista de Chequeo para Uso de Cuatro Puntos de Restricción" (Adjunto B-1).
4. La prescripción para tales medidas de restringidores debe incluir el propósito y justificación clínica para el tipo de restringidor utilizado y la duración de tiempo por el cual las medidas de restringidores han de ser impuestas.
5. Ordenes de restringidores terapéuticos deberán ser documentadas en el récord médico, en la Página de Ordenes Médicas, y en una correspondiente nota escrita de progreso proveyendo un plan de tratamiento y la racionalidad para su uso. Debería haber documentados chequeos de 15 minutos por personal capacitado-de-salud o profesionales calificados de cuidado de salud. En sitios utilizando IMS, esta información deberá ser documentada en la Pantalla Observación de Salud Mental.
6. Una vez que se hace la decisión de colocar al preso en restringidores de salud mental, el comandante del turno en la facilidad debería ser notificado. El comandante del turno es responsable por dirigir al personal correccional en colocar al preso en restringidores.
7. A pesar de cualquier decisión hecha por personal de salud mental, el Superintendente retiene la autoridad para tomar cualquier medida que él/ella sienta necesaria en adición a cualquier

acción tomada por personal médico para garantizar la seguridad (safety) del preso y del personal.

8. Para prevenir el potencial de asfixiamiento por la posición, las siguientes pautas han sido establecidas para reducir el riesgo de muerte en-custodia debido a restringir un preso:

(a) Si un preso forcejea mientras (está) en restringidores terapéuticos, el personal nunca deberá sentarse o poner su peso sobre el pecho o abdomen de un preso. El uso de grilletes de piernas y/o el sujetar hacia abajo las piernas deberá ser utilizado.

(b) El personal deberá mantener siempre observación de un preso restringido para reconocer dificultades respiratorias o pérdida de conocimiento. En este aspecto, el personal deberá estar alerta a asuntos de obesidad, uso de alcohol y droga, o conducta psicótica.

9. Uso de Agente Químico

Agente químico puede ser usado para asistir en el uso de fuerza para asegurar (secure) a un preso. Agente químico debe usarse de acuerdo con la política 103 CMR 505, Uso de Fuerza.

Antes del uso de agente químico, el director médico o su designado deberá revisar el archivo médico del preso y determinar cualquier asunto médico que pudiera constituir una contraindicación para el uso de agente químico. La decisión deberá ser documentada en el formulario "Uso de Agentes Químicos" (Adjunto B-2) y firmada por el Director Médico o su designado. Esta decisión deberá ser enviada al comandante del turno.

El Director Médico debería también chequear los archivos médicos de todos los otros presos

dentro del área de contacto directo esperado por la aplicación inicial del agente químico para determinar ya sea que se necesite trasladar del área o para planear opciones de tratamiento.

El director médico en-sitio o su designado debe evaluar el estatus médico de los presos después del uso de agentes químicos para determinar si se necesita cuidado médico.

10. Revisión Médica

Inmediatamente al colocar a un preso en restringidores terapéuticos, personal médico conducirá una examinación del preso para asegurar que no existen injurias, que el equipo de restricción no sea aplicado en una manera que probablemente resulte en una injuria, y que no hay contraindicación médica para mantener al preso en restringidores.

Presos en restringidores terapéuticos deben ser examinados por personal médico inmediatamente después de ser colocados en los restringidores y cada 15 minutos subsiguiente a la examinación inicial. El propósito de estas examinaciones es para chequear por injurias y respiración y circulación. El uso de restringidores debe ser documentado en el récord médico, en la página de Ordenes Médicas, en las Notas de Progreso, y en sitios IMS en la Pantalla Observación de Salud Mental. El contenido de esta documentación deberá incluir razones específicas para el uso de estos restringidores.

Los signos vitales del preso deberían ser chequeados a un mínimo de cada treinta (30) minutos mientras el preso está despierto o por lo menos una vez por cada turno si el preso está durmiendo. La supervisión de los signos vitales puede ser realizada más frecuentemente como sea indicado clínicamente.

Todas las examinaciones médicas deberán ser documentadas en el archivo médico del preso y en la "Lista de Chequeo de Examinación Médica para

Cuatro-Puntos de Restricción" (Adjunto B-2). La Lista de Chequeo de Examinación Médica deberá ser presentada al comandante del turno y ser incluida en el Informe gobernado por la política 103 CMR 505, Uso de Fuerza.

11. Duración y Ubicación de Restringidores Terapéuticos.

- (a) La duración del tiempo por el cual restringidores terapéuticos pueden ser prescritos sin una orden de renovación no deberá exceder dos horas. Nuevas órdenes de restringidores deben ser documentadas y dadas cada dos horas por el psiquiatra con examinación del preso antes de reordenar.
- (b) Durante horas regulares de oficina, el psiquiatra debe hacer la decisión de sí o no las órdenes de restringidores deberían ser renovadas. Durante horas que no son de oficina, el Clínico de Salud Mental en-llamada debe ser contactado. El Clínico de Salud Mental entonces contactará al psiquiatra en-llamada para la tal orden.
- (c) Después de dos horas y cada dos horas después de esto, un preso puede ser permitido ejercitar sus extremidades. Esto será logrado liberando de los restringidores una extremidad a un tiempo y por un tiempo aproximado de dos minutos. El ejercicio será concedido si la liberación de la extremidad no presenta una amenaza o daño al preso restringido u otros. Negación del ejercicio deberá ser informado al Superintendente y al personal de salud mental quién deberá notificar al psiquiatra. El oficial que informa deberá documentar las razones para la negativa. Ejercicio será documentado en la sección comentarios de la página de Observación del Oficial de Corrección (adjunto B-4).
- (d) PRN órdenes para restringidores terapéuticos pueden no ser escritas. Dentro

de las 48 horas del uso inicial de restringidores terapéuticos, el psiquiatra debe documentar la racionalidad clínica para no proseguir con la hospitalización.

- (e) Ningún preso puede ser mantenido en restringidores terapéuticos por más allá de tres días consecutivos. Si el uso continuo de restringidores es indicado después de tres días en los cuales los restringidores han sido continuamente ordenados, el preso debe ser trasladado a la facilidad psiquiátrica apropiada lo más pronto posible.

En todos los casos, restringidores terapéuticos deberían ser removidos lo más pronto posible, basado en la observación de la conducta del paciente y condición clínica.

- (f) Todos los presos en restringidores terapéuticos deben estar bajo observación constante con anotaciones de (su) condición hechas al mínimo de cada 15 minutos en la Página de Chequeo de la Observación del Oficial de Corrección (Adjunto B-4). Las anotaciones deberán incluir la conducta del preso durante el período de tiempo designado.

12. Alimentación

Las comidas no serán negadas a presos en restringidores terapéuticos. El Director médico o de Salud Mental en-sitio/en-llamada deberá determinar si el preso recibirá las mismas comidas como aquellas servidas en la población general o una comida alternativa que cumple las pautas de nutrición. Por favor vea Adjunto B-5, para ejemplos de comidas alternativas.

Si, cuando se intenta servir a un preso/a restringido/a una comida, él/ella llega a ser disruptivo/a con la comida, las acciones del preso serán interpretadas como rehusar a comer.

Toda alimentación y rehúso serán documentadas en la Página de Observación del Oficial de Corrección. Personal médico documentará la Ingestión Nutritiva en la Carta de Entrada y Salida del récord médico del preso.

13. Programas

Presos en restringidores terapéuticos no deberán ser permitidos participación en ningún programa, incluyendo visitación. Esto no excluye intervención psiquiátrica, psicológica, o médica apropiada. Es la responsabilidad del comandante del turno de asegurar que seguridad (security) apropiada es mantenida durante exámenes.

14. Uso de Equipo Audio/Visual

Cuando quiera que sea posible equipo de audio/video deberá ser usado para asistir en la documentación de colocar en restringidores, incluyendo exámenes médicos y psiquiátricos iniciales y subsiguientes, alimentación, descansos, remoción de restringidores, y cualquier otro incidente significativo.

15. Uso de las Facilidades del Inodoro

Acceso al inodoro será hecho a intervalos razonables. Uso de equipo de restricción para asegurar la seguridad (safety) del preso y del personal deberá ser revisado y aprobado por el comandante del turno.

16. Admisiones a Hospital Médico Externo

Uso de 4-puntos de restringidores terapéuticos en hospitales externos, incluyendo Lemuel Shattuck, deberá estar sujeto al protocolo del hospital envuelto.

17. Si un preso está restringido más allá de ocho horas, el apropiado Asistente al Diputado del Comisionado y el Director de Servicios de Salud o su designado deberán ser notificados. El

apropiado Asistente al Diputado del Comisionado deberá notificar al Diputado del Comisionado.

18. En lugar de las provisiones de 650.07 (C), las provisiones de M.G.L. c. 123, § 21 deberán aplicarse al Bridgewater State Hospital.

E. Uso Involuntario de Medicaciones Antipsicóticas de Emergencia en Prisiones

Medicaciones antipsicóticas forzadas deberían emplearse en base de una emergencia y solamente bajo las siguientes condiciones:

(1) Ya sea que (a) Un preso presenta una clara e inmediata amenaza de daño a sí mismo u otros; O (b) para prevenir la inmediata e irreversible deterioración de una enfermedad mental seria de un preso que es actualmente incapaz de hacer decisiones médicas informadas en su propio beneficio, Y

(2) Todas las medidas menos restrictivas o intrusivas han sido empleadas o han sido juzgadas por el psiquiatra de tratamiento, o médico de ser inadecuadas, Y

(3) El psiquiatra o el psiquiatra en-llamado claramente documenta en el récord médico:

a) la condición del preso, amenaza que presenta, y razón para la proposición de medicamento forzado, incluyendo otros tratamientos atentados durante las veinticuatro (24) horas inmediatamente precedentes;

b) que su autorización para el uso de medicamentos antipsicóticos está específicamente limitada a un solo uso de emergencia de tales medicamentos; y

c) cómo ha de ser administrada la medicación (Ej., intramuscular, oral); Y

- (4) Donde es posible, una consultación documentada con otro psiquiatra o el director médico del sitio ha de obtenerse antes de la administración involuntaria de medicamentos antipsicóticos; Y
- (5) Después del uso de emergencia de medicamentos antipsicóticos, el paciente es supervisado por cualquier reacción adversa o efectos laterales, y que tales efectos laterales son documentados en el archivo médico del paciente.
- (6) Una vez que el paciente ha sido tratado con medicamentos antipsicóticos basado en una emergencia, las metas de su plan de tratamiento deberían, tan pronto como sea posible, incluir identificación de alternativas menos restrictivas de tratamiento.

650.08 Uso Involuntario de Medicamentos Psicotrópicos de No-Emergencia

El uso de no-emergencia de medicamentos antipsicóticos sin el consentimiento voluntario de un preso requiere una decisión de juicio sustituto por un Tribunal Testamentario (Probate Court). El uso de no-emergencia de otros medicamentos psicotrópicos y de medicamentos no-psicotrópicos requiere la aprobación ya sea del guardián legal del preso o del agente de cuidado de salud (ver 103 DOC 620.12 (*Pautas del Cuidado de Salud*)). Decisiones de juicio sustituto de Tribunal Testamentario, nombramiento de guardián médico/ supervisor de tratamiento y aprobaciones de la corte de planes de tratamiento de medicamento antipsicótico ("Rogers") son obtenidas con los procedimientos de custodia en el Tribunal Testamentario. En sitios IMS, planes aprobados de tratamiento Rogers deberían ser documentados en la pantalla de Ordenes Médicas.

Las disposiciones en esta sección no son aplicables a órdenes Rogers de la Corte del Distrito obtenidas al Bridgewater State Hospital (BSH).

Mensualmente el proveedor de salud mental bajo contrato deberá presentar al Director de Servicios de Salud y a la División Legal una lista al día de todas las órdenes Rogers del Tribunal Testamentario, o de los candidatos propuestos para tales órdenes, pertinente a presos. En sitios que utilizan IMS, la información que respecta a Ordenes Rogers es accesible a través del Informe de Asuntos Médicos.

A. Planes de Tratamiento Aprobados por la Corte (Ordenes Rogers)

1. Antes que una petición de custodia y aprobación del Tribunal Testamentario de un plan de tratamiento haya sido archivado con el Tribunal Testamentario por la División Legal, el Director de Servicios de Salud o su designado debe ser consultado por la División Legal, y debe aprobar el iniciar la acción con el Tribunal Testamentario.
2. Planes de tratamiento propuestos para pacientes de Bridgewater State Hospital que son presentados a la corte deben reflejar el uso de medicamentos que continuarán siendo utilizados al ser descargados desde el BSH a la facilidad que recibe.

Presentaciones de tales planes a la corte serán precedidas por comunicación y consultación con el psiquiatra de servicio en la facilidad que recibe. Esta comunicación, notificando al Superintendente de la facilidad que recibe, es la responsabilidad del personal médico de BSH como también del Superintendente de BSH.

Cada paciente que es descargado desde BSH con una Orden Rogers del Tribunal Testamentario puede tener una conferencia del caso antes de ser transferido a otra

facilidad del DOC. Además, el Superintendente de la facilidad que recibe, en este y cualquier traslado subsiguiente, debería ser notificado que el preso tiene un Plan de Tratamiento Aprobado por la Corte.

3. Cuando un preso está sujeto a un plan de tratamiento aprobado por la corte, el récord de administración de medicamento de un preso llevara una anotación en todas las páginas que las medicinas psicotrópicas están ordenadas bajo los auspicios de una orden Rogers. Una copia de plan de tratamiento aprobado por la corte debería ser archivado en el récord médico y referenciado antes de cualquier cambio de medicamento psicotrópico. Personal medico y de salud mental deberá cooperar con, y proveer información relevante al, guardián/monitor de tratamiento en conexión con la mantención del plan de tratamiento. El guardián/ monitor de tratamiento, y si es necesario, la División Legal, deben ser contactados directamente con respecto a todos lo asuntos médicos, incluyendo aprobación de medicamentos no-antipsicóticos.
4. En la implementación de esta política, el psiquiatra en-sitio o en-llamada deberá ser consultado. El psiquiátra, a su discreción, puede recomendar alternativas al tratamiento forzado.

Personal médico y de seguridad de la facilidad debe ser notificado de que ningún preso en un plan de tratamiento aprobado por la corte puede rehusar de atender la fila de medicación. El Superintendente en cada facilidad desarrollará un procedimiento escrito, en conformidad con 103 DOC 661, Farmacia y Medicamentos, para asegurar que los presos se presentan a la fila de medicación y firman rehúsos

formales cuando el medicamento no es aceptado.

5. Todos los planes de tratamiento aprobados por la corte deberían, cuando apropiado, llevar una orden de ruta intramuscular (IM) de administración como una alternativa a administración oral. Si presos con planes de tratamiento aprobados por la corte rehúsan tratamiento, el psiquiatra en-sitio o en-llamada será inmediatamente contactado para evaluación e intervención apropiada. Después de horas de negocios rutinarias, el psiquiatra en-llamada será notificado para consulta y disposición.

Cualquier preso/a que rehúsa su medicamento oral será informado/a, que si él/ella rehúsa de tomar el medicamento oralmente, él/ella será esposado/a y escoltado/a a la Unidad de Servicios de Salud (HSU) donde él/ella esperará por una consultación de salud mental.

Si el/la preso/a continua rehusando el medicamento siguiente a la consejería por personal de salud mental él/ella puede ser colocado/a en restringidores de salud mental en HSU para la administración de medicina IM de acuerdo al plan de tratamiento. Continuación de los restringidores más allá del periodo requerido para la administración de medicamento debe ser autorizado por el psiquiatra en-sitio/en-llamada de acuerdo a las disposiciones de restringidores terapéuticos contenidos en esta política.

B. Planes de Tratamiento Aprobados por Corte Iniciado-por-DMH

1. Cuando iniciado en una facilidad de pacientes internos operada bajo la supervisión del DMH, la petición por

custodia y plan de tratamiento aprobado por la corte será la responsabilidad de aquella facilidad y del personal legal de DMH. Al momento de darse de alta a un paciente de vuelta a una facilidad del DOC, o con subsiguiente colocación de un paciente DMH con un plan de tratamiento iniciado-por-DMH en una facilidad del DOC, la responsabilidad por el plan de tratamiento transferirá al personal legal del Departamento de Corrección, en conjunción con el personal legal de DMH. Esta transferencia debería ser coordinada antes de dar de alta al paciente.

2. Personal de prisiones de salud mental, incluyendo el psiquiatra, debería mantener contacto con la facilidad de pacientes internos, ya sea directamente o través del enlace identificado del DMH, antes de una revisión y finalización del tribunal testamentario.
3. Facilitación de cumplimiento con la orden Roger deberá ser manejada como delineado arriba (650.08(A)).

650.09 Admisiones de Salud Mental a Unidades de Servicios de Salud

Cuando un preso exhibe conducta psiquiátrica anormal con potencial de causar daño a sí mismo y a otros, el preso puede ser admitido a la unidad de pacientes internos de Servicios de Salud en su facilidad asignada o a una facilidad con una unidad de pacientes internos de los Servicios de Salud de acuerdo con los siguientes procedimientos:

- A. Al ser aprobado por el Director de Salud Mental del sitio, un preso puede ser admitido a HSU y colocado en observación de salud mental. El Director de Salud Mental bajo contrato notificará a personal de Servicios de Salud de la admisión. Documentación de la admisión deber hacerse en el récord médico del preso. Personal de Servicios de Salud deberá notificar al Comandante del Turno para efectuar la

colocación o traslado e informar a él/ella de cualesquiera precauciones a ser tomadas. El personal apropiado de Servicios de Salud deberá notificar al Director Médico de la facilidad, o su designado, en su siguiente ronda programada.

- B. El profesional de salud mental que admite deberá, en consulta con el Director de Salud Mental en-sitio o su designado, establecer inmediatamente pautas para la observación del preso y ser responsable por el desarrollo de un plan de tratamiento individual. Estas pautas, incluyendo la frecuencia de observaciones, deberán ser documentadas en el formulario apropiado de Observación de Salud Mental (Adjunto C). En sitios IMS en cambio, la información deberá ser entrada en la pantalla de Observación de Salud Mental. En conformidad al horario de observación indicado por el profesional de salud mental en el Formulario de Observación de Salud Mental (Adjunto C), o en la pantalla Ver Observación de Salud Mental en sitios IMS, un oficial de corrección deberá realizar periódicas observaciones del preso, y documentar los resultados de ellas, en la Página de Chequeo de la Observación del Oficial de Corrección (Adjunto B-4).
- C. El profesional de salud mental de servicio deberá hacer apropiadas entradas regulares de rutina en el récord médico de acuerdo con 103 DOC 607, Archivos Médicos, y los procedimientos aquí expuestos por el proveedor de salud mental bajo contrato.
- D. Cuando es clínicamente indicado que un preso puede regresar a su unidad/facilidad, el personal de salud mental deberá notificar al Director Médico del sitio o su designado. Terminación de observación puede ocurrir solamente siguiente a la consultación con el Director de Salud Mental del sitio o su designado. El profesional de salud mental será responsable por escribir una nota de dada de alta en el récord médico indicando que alojamiento en la unidad de Servicios de Salud por cuidado psiquiátrico y/o observación no es más ya necesario.
- E. Si un preso es descargado de la HSU, el personal de Servicios de Salud deberá documentar apropiadamente

la dada de alta en el récord médico en forma de una nota de progreso, como también en el formulario apropiado de Observación de Salud Mental, o en la pantalla de Observación de Salud Mental en sitios IMS. El personal de Servicios de Salud deberá notificar a personal correccional para efectuar el traslado. El/la preso/a deberá ser re-evaluado/a por un profesional de salud mental dentro de las 72 horas de haber sido dado/a de alta. Esta evaluación deberá ser documentada en el récord médico del/de la preso/a.

650.10 Referencia de Presos a Unidades de Tratamiento Residencial

A. Un preso debería ser considerado como un candidato para colocación en una unidad de tratamiento residencial (**Residential Treatment Unit, RTU**) por personal apropiado del DOC o de salud mental bajo contrato, cuando el preso exhibe un molde de conducta el cual hace difícil para ellos el funcionar en la población general, y tal personal cree que ésta conducta puede ser debido a una enfermedad mental.

B. Personal DOC o de salud mental bajo contrato debería consultar con el Director de Salud Mental en-sitio para determinar si referir al programa RTU es indicado. El Director de Salud Mental se referirá a los criterios de admisión al programa promulgados por el proveedor bajo contrato para determinar si una referencia es clínicamente indicada.

C. Si una referencia es indicada el Director de Salud Mental completará un Formulario de Referencia RTU (Adjunto D) y lo enviará al Director de Salud Mental del Sitio en Old Colony Correctional Center para su revisión.

D. Si la referencia es considerada apropiada por el Director de Salud Mental del Sitio en OCCC, entonces ésta debería ser enviada por el Director de Salud Mental del Sitio de la institución que refiere al Diputado Superintendente de la institución que envía para su revisión, para determinar si hay alguna contraindicación administrativa para trasladar.

E. El Diputado Superintendente en la institución que envía debería entonces iniciar el traslado a través de Clasificación Central, con una copia del Formulario de Referencia RTU adjunta para revisión y aprobación de Clasificación Central.

Los presos serán transferidos a una RTU a medida que espacio de camas se hace disponible.

Este proceso también debería ser seguido, de una manera interna, para traslados de mujeres dentro de MCI-Framingham al programa Residencial de Tratamiento Barton.

650.11 Récord de Salud Mental

Récords de Salud Mental deberán ser gobernados por la política 103 DOC 607, Archivos Médicos de Presos.

650.12 Colocación y Rondas en Unidad de Administración Especial

A. Presos que están siendo considerados para colocación en segregación disciplinaria, segregación administrativa (incluyendo colocación en Espera de Acción/ Investigación Pendiente (**AA/PI**) estatus) o la Unidad Disciplinaria del Departamento (**DDU**) han de ser escrutinados por personal calificado de salud antes de colocación para determinar si hay alguna contraindicación médica o de salud mental aguda para tal colocación. (Ver la política 103 DOC 630, Servicios Medicos). En sitios IMS, esto deberá ser documentado en la Pantalla SMU Información del Preso.

Si, durante este escrutinio, el preso tiene algún asunto de salud mental agudo, el profesional en-sitio o en-llamada debe ser contactado antes de la colocación del preso en segregación disciplinaria, segregación administrativa (incluyendo colocación en estatus AA/PI) o DDU para evaluar por contraindicaciones agudas para tal colocación. El resultado de esta evaluación, debería ser documentado en el récord médico e inmediatamente comunicado al superintendente, o su designado/a o al comandante del turno durante horas de no-negocio, para acción apropiada.

- B. Presos que están recibiendo continuos servicios de salud mental serán evaluados por un profesional de salud mental dentro de las veinticuatro (24) horas después de haber sido colocados en segregación disciplinaria, segregación administrativa (incluyendo colocación en AA/PI estatus) o el DDU. Esta evaluación debería considerar factores de riesgo agudo para tal colocación como también si colocación alternativa y/o sanciones disciplinarias debiesen ser consideradas. El resultado de esta evaluación debería ser documentado en el récord médico y como clínicamente indicado ponerlo inmediatamente a disposición del superintendente o su designado para acción apropiada. Cualquier tal acción, y por lo tanto las razones deberían ser documentadas en el récord médico. En sitios IMS, la documentación de esta evaluación es vía entrada en la pantalla Historia de Salud Mental/Abuso de Sustancia.

Esta evaluación será conducida por el clínico primario de tratamiento o por el clínico asignado para tratamiento. La evaluación será documentada en las notas de progreso del preso, las cuales deberán describir el actual estatus mental, situación y un plan de acción. Tal tipo de evaluación entonces deberá ser hecha treinta (30) días más tarde y cada sesenta (60) días después de esto. En sitios IMS, la documentación de estas evaluaciones deberá ser entrada en la pantalla Salud Mental/ Historia de Abuso de Sustancia.

- C. Un profesional calificado de salud mental deberá entrevistar personalmente y preparar un reporte escrito de cualquier preso que permanece en segregación disciplinaria, segregación administrativa, (incluyendo colocación en estatus AA/PI) o el DDU por más de treinta (30) días. Si el confinamiento continúa más allá de treinta (30) días, una evaluación de salud mental, por un profesional de salud mental, deberá ser hecho siguiente a los 90 días de confinamiento y después de esto cada 90 días a no ser que sea más frecuentemente si es prescrito por el médico o el Director de Salud Mental. En sitios IMS, la documentación de esta evaluación será

entrada en la pantalla, Salud Mental/ Abuso de Sustancia.

- D. Durante el período de tiempo que un preso está en segregación administrativa (incluyendo colocación en estatus AA/PI) o el DDU, él/ella será escrutinado/a por lo menos tres veces por semana por personal de Salud Mental. Personal de salud mental responderá inmediatamente a referimientos del personal correccional y del personal médico conduciendo rondas diarias, y supervisará estos presos en subsecuentes reuniones de evaluación médica (triage).

Rondas por personal de salud mental serán documentadas en el Diario de Segregación. En cambio en sitios IMS, esto será documentado en la pantalla SMU Diario del Preso. Las rondas incluirán un encuentro cara a cara con cada preso asignado a la Unidad. En el caso que un preso está en estatus de recreación, en la ducha, etc., debe programarse un tiempo alternativo para las rondas.

Hallazgos significantes serán documentados en el récord médico como una Descripción del Plan de Evaluación (Description Assessment Plan, DAP), Subjetiva/ Objetiva Evaluación del Plan (Subjective/Objective Assessment Plan, SOAP) o tipo similar de notas de progreso. Además personal de salud mental comunicará asuntos significantes al oficial con mayor rango en la unidad de administración especial.

- E. Durante el período de tiempo que preso está en la Unidad de Custodia Protectora, él/ella será escrutinado/a en base semanal por personal de Salud Mental. Estas rondas deberían incluir un encuentro cara a cara con cada preso asignado a la unidad. En el caso que un preso esté en estatus de recreación, en la ducha o de otra manera no disponible para tal escrutinio, se debe programar un tiempo alternativo para este escrutinio.

Hallazgos significantes serán documentados en el récord médico, y personal de salud mental comunicará asuntos significantes al oficial de mayor rango de la Unidad.

Medicamento Psicotrópico

Medicamento psicotrópico será prescrito por un psiquiatra, un proveedor bajo contrato de nivel-medio o en una emergencia por médico que está capacitado o experimentado en el uso de medicamento psicotrópico, y entonces solamente enseguida de una examinación física por el proveedor de salud. En este contexto, el examen físico es definido como presión sanguínea, temperatura, y revisión del examen de admisión y/o examen periódico de salud. El proveedor que prescribe completará la escala semi-anual AIMS o instrumento similar en todos los presos que están en medicamento antipsicótico. Si un proveedor de nivel-medio bajo contrato prescribe medicamento psicotrópico, debe ser con el consentimiento del director médico para el estado bajo contrato y bajo la supervisión del director médico de la facilidad y/o psiquiatra de la facilidad donde el practicante de nivel-medio está asignado. Medicamentos psicotrópicos han de ser considerados una faceta de un programa de tratamiento multifacético. Como tal, cada preso que es prescrito medicamentos, por razones psiquiátricas, será considerado un caso abierto de salud mental y será seguido por un clínico de cuidado primario. Cada plan de tratamiento de preso deberá reflejar todas las modalidades de tratamiento empleado. La decisión para iniciar o discontinuar cualquier medicamento psicotrópico será hecha por un psiquiatra o practicante de nivel medio supervisado y la racionalidad para esta decisión será documentada en el récord médico. En sitios IMS la documentación de medicamento psiquiátrico es entrada en la Pantalla Ordenes Médicas.

El psiquiatra informará al preso (y documentará que así lo ha hecho) de las razones para el/los medicamento(s) prescrito(s), los beneficios anticipados, las consecuencias probables si el medicamento no es aceptado, y los posibles efectos laterales mayores del/ de los medicamento(s). Esta información será revisada con el preso cada noventa (90) días, esto es, en evaluaciones cara a cara, o cada tiempo que el régimen de medicación es cambiado. El médico que prescribe anotará, en el récord médico,

una declaración de progreso que refleja respuesta a y cambios en medicamentos.

A. Distribución de Medicamento (Vea también la política 103 DOC 661.03, Farmacia y Medicamento)

1. Personal de salud documentará en el récord de administración de medicamento (**Medication Administration Record, MAR**) cualquier no-cumplimiento de medicamento para cada preso (a quien se le ha) prescrito un medicamento Psicotrópico.
2. En el caso en que un preso/a no se presente al tiempo en que él/ella esté programado/a normalmente para recibir el medicamento prescrito, este hecho deberá ser anotado en el casillero en blanco en el fichero de medicamentos ("kardex") o en el diario de medicamentos.
3. Si el preso reporta o exhibe efectos secundarios al medicamento que requieren la atención del psiquiatra, esta información debe ser documentada y pasada al equipo de salud mental.

B. Supervisando el Cumplimiento del Preso con Ordenes de Medicación

El proveedor médico bajo contrato deberá establecer políticas y procedimientos escritos por el propósito de supervisar el grado de cumplimiento de los presos con sus órdenes de medicamentos. Todos los procedimientos deberán adherirse a las siguientes pautas:

1. Todos los kardex y diarios de medicamentos serán revisados en base diaria para identificar a aquellos presos que están en no-cumplimiento. El proveedor médico bajo contrato establecerá pautas escritas para el grado de cumplimiento requerido para específicas drogas y dosis. El Administrador de Servicios de Salud proveerá esta lista de presos en no-

cumplimiento al doctor que atiende y al psiquiatra cada dos semanas, a no ser que la situación requiera atención inmediata.

2. Si un preso repetidamente rehúsa la administración de un medicamento prescrito, o ha desarrollado un molde intermitente de no-cumplimiento, el preso deberá ser referido al Director de Salud Mental de la facilidad para consejería, y al psiquiatra para seguimiento como sea necesario. El preso deberá ser aconsejado con respecto a las posibles consecuencias de rehusar el medicamento prescrito. Esta consejería será documentada en el récord médico del preso.

Si el preso continúa rehusando la administración de medicamento, se le deberá pedir al preso que firme un formulario de rehúso de tratamiento. Si el preso se niega a firma el formulario de rehúso un miembro del personal médico, con otra persona como un testigo, hará una anotación en el formulario documentando la negativa del preso a firmar. Ambos miembros del personal firmarán como testigos el formulario de rehúso. Documentación de todos tales encuentros debería ser hecha en el record médico del preso. Si un preso exhibe o se queja de los efectos laterales de un medicamento, esta información debe ser reportada al psiquiatra.

3. Si es considerado necesario, el Director de Salud Mental puede requerir una conferencia clínica del caso para considerar el buscar un plan de tratamiento aprobado por la corte.
4. El doctor médico que prescribe completará una escala AIMS semi-anualmente o un instrumento similar en todos los presos a quienes se ha prescrito medicamento anti-psicótico.

5. Medicamentos que han de ser administrados a los presos en observación de salud mental serán molidos cuando quiera que sea posible. En aquellas instancias donde el medicamento prescrito no puede ser molido, el uso de un medicamento líquido será explorado y utilizado.
6. Presos que están en observación de salud mental han de ser removidos seguramente (safely) desde su celda antes de la administración del medicamento. Una completa inspección visual de la boca del preso será hecha por personal correccional para asegurar que los medicamentos son tragados y no acumulados.

650.14

Rehúso de Tratamiento

El proveedor médico bajo contrato deberá desarrollar procedimientos escritos para las circunstancias en que un preso rehúsa tratamiento.

- A. Ejemplos de rehúso de tratamiento por un preso incluyen pero no se limitan a lo siguiente:
 1. Rehúso de tomar medicamento prescrito por un médico bajo contrato.
 2. Rehúso de presentarse a una cita recomendada por un profesional calificado de salud.
 3. Rehúso de seguir el aviso de un profesional de salud mental.
- B. Cuandoquiera que un preso rehúsa tratamiento por un profesional de salud mental, el preso firmará un formulario de rehúso de tratamiento. Un miembro apropiado del personal del departamento o del contratista, de los cuales uno es un profesional médico o de salud mental, deberá firmar el formulario como testigo del rehúso del preso.

- C. El formulario de tratamiento deberá ser incluido en el récord médico. En todos los casos de rechazo, la documentación deberá ser escrita en las notas de progreso del record medico del preso estableciendo que el preso fue informado de los riesgos y posibles consecuencias de su rechazo.
- D. Cuando es considerado por un profesional calificado de salud mental que el rechazo de tratamiento puede resultar en un riesgo inmediato para sí mismo u otros, el preso debe ser colocado "en riesgo".

El Administrador de Servicios de Salud de la facilidad deberá notificar al médico/ psiquiatra bajo contrato y al Director de Servicios de Salud o su designado. Durante horas de no-oficina, la facilidad deberá notificar al médico/psiquiatra en llamada bajo contrato y al Oficial de Turno de Servicios de Salud (**Health Services Duty Officer, HSDO**) de acuerdo con la política del Departamento 103 DOC 105, Oficial de Turno del Departamento. El HSDO notificará al Director de Servicios de Salud.

- E. Rechusos de medicamentos psicotrópicos de no-emergencia deberán ser resueltos de acuerdo a lo dispuesto en 103 DOC 650.08.
- F. En cualquier situación de rechazo, personal médico, salud mental, y de la facilidad debería intentar persuadir al preso de consentir al tratamiento necesario y claramente delinear los riesgos de rechusos continuados. En la mayoría de los casos el preso puede ser persuadido de consentir al tratamiento.

En casos donde el preso continúa rehusando tratamiento y existe una circunstancia de inmediata amenaza de la vida, el Director de Servicios de Salud o su designado deberá ser notificado, para iniciar contacto con la División Legal del DOC para determinar si debería obtenerse una orden de la corte para tratamiento forzado.

650.15 Consentimiento Informado

El Departamento deberá cumplir con todos los estatutos aplicables relacionados a los procedimientos de consentimiento informado (M.G.L. c. 111 § 70E).

650.16 Planeamiento de Liberación

- A. El Director de Salud Mental deberá requerir del Superintendente y mantener un récord de las fechas en que presos recibiendo Servicios de Salud Mental serán soltados. El Superintendente o su designado/a deberá proveer las fechas de los presos a ser soltados que reciben servicios de salud mental por los menos un año antes de la anticipada liberación. El proveedor médico bajo contrato deberá mantener una lista centralizada de todas las tales fechas (de presos a ser) soltados. Para todas las facilidades, información(acerca de) liberación puede ser obtenida a través de IMS en Reportes de Lista de Futuras Liberaciones y Listas de Futuras Liberaciones (Bajo) Palabra.
- B. Por lo menos tres meses antes de cualquier anticipada liberación, planes deberán ser iniciados para tratar la necesidad de cuidado continuado de un preso al ser soltado. Esto incluirá la identificación de proveedores apropiados para la continuación y mantención de medicamento y terapia como indicado. En sitios IMS la documentación deberá ser entrada en la pantalla Plan Liberación / Cuidado-Posterior. Además, por cualesquier colocaciones actuales, la información deberá ser entrada en la Pantalla Dirección (al ser) Soltado.
- C. Los presos serán proveídos con un plan escrito de cuidado-posterior antes de ser soltados.
- D. Cuando un preso ha sido evaluado de tener una enfermedad mental severa y persistente y requerirá servicios de apoyo significantes al

ser soltado a la comunidad, elegibilidad de servicios con el Departamento de Salud Mental será determinada.

1. Por lo menos seis meses antes de la fecha anticipada de liberación, el profesional asignado de salud mental completará una Solicitud DMH para Cuidado Continuado. Este paquete, de determinación de elegibilidad, será enviado al enlace designado de DMH con todas las liberaciones solicitadas y la documentación clínica.
 2. Personal de salud mental bajo contrato hará arreglos para que el designado enlace de DMH o Manager del Caso entre a la facilidad, tenga acceso a los récords, entreviste al preso, y consulte con personal clínico.
 3. La elegibilidad para servicios de DMH será notada en el plan de tratamiento de salud mental.
 4. El enlace de DMH será notificado por lo menos un mes antes de la fecha anticipada de liberación de cualquier cambio en la fecha anticipada de liberación.
- E. Mensualmente el Director de Salud Mental en-sitio obtendrá del personal de (libertad bajo) Palabra de la facilidad una lista de los presos programados para una audiencia de (libertad bajo) Palabra. En cambio en sitios IMS, la información de audiencias de (libertad bajo) palabra deberá ser obtenida a través de la Pantalla IMS Pregunta Horario de Institución. Cuando un preso listado parece tener necesidades de cuidado-posterior de salud mental que puedan ser de interés o preocupación en la determinación de una decisión de (libertad bajo) palabra, datos de planeamiento de liberación deberán hacerse disponibles al personal de (libertad bajo)palabra de la facilidad.

Información clínica será proveída como necesaria y de acuerdo a estatuto.

- F. Cuando un preso/a ha sido evaluado/a de tener dificultades intelectuales que lo/la hacen a él/ella elegible para servicios a través del Departamento de Retardación Mental (**Department of Mental Retardation, DMR**), un proveedor de salud mental bajo contrato iniciará una solicitud para servicios de cuidado continuado. Personal bajo contrato actuará entonces como un enlace con DMR para facilitar la transición del preso a la comunidad.

NOTA : El Departamento de Corrección no es responsable por ningún error en la traducción de este documento. Para propósitos legales solamente la versión promulgada en inglés es válida.

MASSACHUSETTS DEPARTMENT OF CORRECTION
División de Servicios de Salud
SOLICITUD PARA PROVEER SERVICIOS DE SALUD MENTAL EXTERNOS
(PSIQUIATRA, PSICOLOGO, TRABAJADOR SOCIAL LICENCIADO)

Yo _____, acuerdo de realizar o causar realizar una evaluación de salud mental en _____, # _____, un preso en la custodia del Departamento de Corrección. En hacerlo así, yo entiendo que ni el Departamento de Corrección, o ninguno de sus agentes, oficiales o empleados, o tampoco el proveedor médico para el Departamento de Corrección, incurrirán en alguna obligación financiera por dichos servicios.

Nombre y Dirección del Proveedor: _____
(Por favor escriba claramente con _____
letra imprenta) _____

NATURALEZA DE SERVICIOS:

CHEQUEAR CUALQUIERA APLICABLE

- Corte-ordenado _____
- Responsabilidad Criminal (G.L. c. 123, §15(b)) _____
- Evaluación de Competencia (G. L.c. 123, § 15(b)) _____
- Confinamiento a BSH (G.L. c. 123) _____
- Peligrosidad Sexual (G.L. c. 123A) _____
- Audiencia de Traslado (G.L. c. 123A) _____
- Competencia de testigo para testificar (G.L. c.123, §19) _____
- Custodia/Asuntos testamentarios _____
- Defensa Criminal _____
- Audiencia de Fianza(G.L. c. 276, §58A) _____
- (asuntos de peligrosidad)
- Conmutación de Sentencia (120 CMR 901 y siguientes.) _____
- Palabra (libertad bajo) _____
- DSS o DYS _____
- Incapacidad Seguro Social _____
- Examinacion no-corte-ordenada en conjunción _____
- con demanda civil

OTRO: (Por Favor Especifique)

1. _____
2. _____
3. _____

Firmado: _____
Titulo: _____
MA Lic. # _____
Fecha: _____

Testigo: _____
Fecha: _____

LISTA DE CHEQUEO PARA USO DE CUATRO PUNTOS DE RESTRICCIÓN
(103 DOC 650, Adjunto B-1)

Los puntos en la siguiente lista de chequeo constituirán contraindicaciones para el uso de restricción de cuatro puntos. **Todos los puntos deben ser completados. Use NI para indicar “No Asunto” (No Issue), use NC para indicar “No contraindicación”.**

1. ___ Injuria de extremidad, fractura o herida que excluiría el uso de un restringidor en esa extremidad.
 2. ___ Documentación de enfermedad vascular periférica significativa que excluiría el uso de restringidor en las extremidades .
 3. ___ Reciente cirugía u hospitalización que excluiría el uso de restringidores.
 4. ___ Significante enfermedad del corazón manifestada por angina frecuente o reciente MI (ataque al corazón).
- _____ No existe contraindicación para el uso de restringidores de cuatro puntos.

Nombre del Doctor que Aprueba
(Por Favor con Letra Imprenta)

Personal Médico que Completa este Formulario
(Por favor con Letra Imprenta)

Fecha/Hora

Firma

USO DE AGENTES QUIMICOS
(103 DOC 650, Adjunto B-2)

Los puntos en la siguiente lista de chequeo constituirán contraindicaciones para el uso de agentes químicos. **Todos los puntos deben ser completados. Use NI para indicar “No Asunto” (No Issue), use NC para indicar “No contraindicación”.**

1. ___Asma o COPD
2. ___Actual infección respiratoria, Ej. , bronquitis, neumonía.
3. ___Significante enfermedad al corazón manifestada por angina frecuente o reciente MI (ataque al corazón).
4. ___Hospitalización reciente o condición médica que excluye el uso de fuerza o agente químico.
5. ___Herida abierta de la piel o quemadura.

_____ No existe contraindicación para el uso de agentes químicos.

Nombre del Director Médico que Aprueba
(Por Favor con Letra Imprenta)

Firma del Director Médico

Fecha / Hora

COMIDAS ALTERNATIVAS PARA PRESOS
 (Alimentos para ser tomados con los dedos)
 (103 DOC 650, Adjunto B-5)

Desayuno	Almuerzo	Comida
DIA 1		
4 oz. Jugo Naranja	4 oz. Hamburguesa	4 oz. Partes de gallina
2 Cuch. Mant. Maní	1 Bollo Hamburguesa	1 Papa Horneada Median (cortada al medio)
2 Torrejas Pan Tostado Integral	1 taz. Zanahorias/ Apio cortado	1 taz. Porotos Verdes
1/3 oz Margarina	1 taz. Papas Horneadas	2 Torrejas Pan Integral
12 oz Leche	Ketchup	1/3 oz. Margarina
Café (tibio)	1/3 oz. Margarina	Fruta de la Estación
Azúcar - 4 paqts	1 Galleta de Azúcar	16 oz. Ponche
	16 oz. Ponche	
DIA 2		
4 oz. Jugo Fruta Mesc. 2 cajas de cereal	1 taz. Sopa Vegetales Molidos (Tibia) 1 taz. Zanahorias Bolonia/sandwich queso 2 Tajadas de Pan Integral	4 oz. Partes de pavo 1/4 taz. Pasas 1 taz. Zitti con margarina (2 oz. Pavo Bolonia 2 Tajadas Pan Integral
1/3 oz Margarina	1 oz. queso baja grasa)	1/3 oz. Margarina
12 oz. Leche	Mostaza	Queque de Manzana con especias
Café (tibio)	½ taza lechuga & tomate	16 oz. Ponche
Azúcar - 4 paquetes	½ taz. Duraznos	
	16 oz. Ponche	
DIA 3		
4 oz. Jugo Pomelo	Steak-Um Sandwich	4 oz. Partes de pescado
3 Torrjs. French Toast	3 oz. Carne	1 taz. Fideos con Mantequilla
½ Taz. Fruta Cortada	1 Taz cebolla y Pimientos	1 Taz. arvejas
1/3 oz. Margarina	1 Bollo Hamburguesa	1/3 oz. Margarina
12 oz. Leche	1 Taz. Ensalada Surtida	2 Tajadas Pan Integral
Café (tibio)	Aliño Italiano	Fruta de la Estación
Azúcar - 4 paquetes	Queque	16 oz. Ponche
	16 oz. Ponche	
DIA 4		
4 oz. Jugo Manzana	Ensalada Gallina grasa baja	2 Tajadas Pizza Pan Francés
1 Muffin de Fruta	sandwiches (2 -2oz. sandwchs)	1 taz. Ensalada Surtida
2 cajas cereal frío	1 taz. Granos choclo	Aliño Italiano
1/4 taz. Pasas	1 Galleta de Avena	Fruta de Estación
1/3 oz. Margarina	16 oz. Ponche	16 oz. Ponche
12 oz. Leche		
Café (tibio)		
Azúcar - 4 paquetes		

COMIDAS ALTERNATIVAS PARA PRESOS
 (Alimentos para ser tomados con los dedos)
 (103 DOC 650, Adjunto B-5)
 continuación

Desayuno	Almuerzo	Comida
DIA 5		
4 oz. Jugo Naranja 2 cajas cereal frío Queque de Café baja grasa 12 oz. Leche Café (tibio) Azúcar 4 paquetes	2 Hot Dogs Pavo 2 Bollos de Hot dog 1 taz. Porotos Mostaza Manzana 16 oz. Ponche	Roast Beef Sandwiches (2-2 oz. Sandwiches) 1 taz. Papas Hervidas cortadas 1 taz. Zanahorias 1/3 oz. Margarina Pan de Jengibre con cubierta de azúcar 16 oz. Ponche
DIA 6		
4 oz. Jugo Fruta Mezclado 3 Panqueques (tibios) ½ taz. Almíbar 1/3 oz. Margarina 12 oz. Leche Café (tibio) Azúcar 4 paquetes	1 taz. Potaje Maíz molido 1 taz. Zitti con margarina Sandw. Ensald. Atún Baja grasa (2 - 2oz. sandwiches) ½ taz. Lechuga y tomate Fruta Estación 16 oz. Ponche	4 oz. Hamburguesa 1 taz. Porotos Verdes 2 Tajadas Pan Integral 1/3 oz. Margarina ½ taz. Piña 16 oz. Ponche
DIA 7		
4 oz. Jugo Manzana 2 cajas cereal frío Barra Granola 12 oz. Leche Café (tibio) Azúcar 4 paquetes	Burrito 1 taz. Porotos 1 taz Arroz 2 Tajadas Pan Integral Fruta Estación 1/3 oz. Margarina 16 oz. Ponche	1 oz. Partes de Gallina 1 Papa Mediana Horneada (cortada al medio) 1 taz. Apio/ Zanahoria cortada 2 tajadas Pan Integral 1/3 oz. Margarina 16 oz. Ponche Galleta

(103 DOC 650, Adjunto D)
DEPARTMENT OF CORRECTION//UMASS
REFERENCIA A UNIDAD DE TRATAMIENTO RESIDENCIAL

NOMBRE: _____ **ID** _____ **NACIDO(DOB)** _____

FACILIDAD/ UNIDAD DE ALOJAMIENTO QUE REFIERE: _____

ESTRUCTURA SENTENCIA: _____

GCD/PE: _____ **FECHA DE REFERENCIA:** _____ **OFENSA:** _____

DIAGNOSIS: I: _____ **II:** _____ **III:** _____

MEDICAMENTOS ACTUALES: _____

BREVE HISTORIA /SALUD MENTAL: _____

JUSTIFICACION PARA NIVEL DE CUIDADO RTU: _____

METAS DEL TRATAMIENTO: _____

AJUSTAMIENTO INSTITUCIONAL/ HISTORIA: _____

RESUMEN/COMENTARIOS: _____

PRESO CUMPLE CRITERIOS **PRESO NO CUMPLE CRITERIOS**

DIRECTOR SALUD MENTAL/FECHA

COORDINADOR RTU /FECHA

(103 DOC 650, Adjunto E)
REPORTE DE OCURRENCIAS DE CONDUCTA INJURIOSA-A-SI-MISMO

Nombre Preso: _____ Número: _____ Nacido (DOB): ____

Institución: _____

Fecha Incidente: _____

1) Especifique conducta injuriosa de sí-mismo:

- | | |
|---------------------------------------|-----------------------------|
| a. ____ colgarse | b. ____ prenderse fuego |
| c. ____ golpearse cráneo | d. ____ ingestión de objeto |
| e. ____ cortarse | f. ____ sobredosis |
| g. ____ ingestión de sustancia tóxica | h. ____ salto |
| i. ____ otro (por favor especifique) | |

Brevemente describa el incidente:

2) Hora del día que ocurrió el incidente:

Hora _____ minuto _____ (de más cercano ¼ de hora) am/pm (marque círculo)

3) Contexto en que ocurrió el incidente:

- | | |
|-------------------------------|--|
| a. ____ Unidad de Alojamiento | b. ____ Unidad Servicios de Salud |
| c. ____ Unidad de Segregación | d. ____ RTU |
| e. ____ ITU | f. ____ Otro (favor especificar _____) |

4) ¿Cómo fue descubierta la conducta de injuria-a-sí-mismo?

- | | |
|----------------------------------|--|
| a. ____ Declarada por sí-mismo | b. ____ Reporteada por otro preso |
| c. ____ Descubierta por personal | d. ____ Otro (favor especificar _____) |

5) Planeamiento de la conducta injuriosa-a-sí-mismo:

1	2	3	4
Impulsiva	Detallada mínimamente <i>Plan</i>	Detallada moderadamente <i>Plan</i>	Muy detallada <i>Plan</i>

6) Intención del preso (informada por sí-mismo)

R	1	2	3	4	5
Rehúso	No daño	Mínimo daño	Moderado daño	Severo daño	Muerte

7) Actuales o recientes contribuyentes de tensión (chequee todos los aplicables):

- a. Médico
- b. Legal
- c. Familia/otro significativo
- d. Ambiente institucional
- e. Finanzas
- f. Asaltado (sexual o físicamente)
- g. Otro (favor especificar _____)

8) Letalidad de conducta (Opinión del clínico: *consulta médica cuando indicado)

1	2	3	4	5
No letal	Riesgo mínimo de letalidad	Riesgo moderado de letalidad	Muy letal	Muerte

9) Plan disposicional:

- a. No seguir
- b. Regular RTU, ITU o Programación de Unidad (clínica)
- c. Seguimiento con Profesional de Salud Mental en _____ días
- d. En Observación de Salud Mental (especifique) _____ 1:1, _____ 15, _____ 30 minutos
- e. 18(a)

10) Estatus de servicios de Salud Mental:

- a. Caso cerrado
- b. Abierto, subsecuente conducta injuriosa-a-sí-mismo
- c. Abierto antes de conducta injuriosa a-sí-mismo

Profesional de Salud Mental Completando Formulario

Fecha